٥	٨	٤	/	٥،	١	٠	/	٢	

الهيئه القوميه للتأمين الاجتماعي

صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص

منطقــة : الجيزه

مكتب : ٦ اكتوبر

طلب اشتراك منشأه

او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم

فى ١ / ١ / ٢٠٠٧

اسم المنشأه : شركه جيم   المالك : المدير المسئول : ____________ الشكل القانوني للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : ٢١٥ اسم الشارع : شارع رقم ٨ الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه القسم / المركز : ٦ اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ________ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ____________ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ________ بدء النشاط : ________ الموقف من الماده ٤٢ من قانون ١٣٨ / ٨٠ ________

الرقم التاميني	اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد: يوم	شهر	سنه	تاريخ الالتحاق: يوم	شهر	سنه	الاجر الشهرى: اساسى	متغير	كود مده الاشتراك	
٥٧١٥٠٠٣	ايمن ناجي عبداللطيف	ذكر	٢٨	١٠	٨٢	٢٨	١٠	٢٠٠٦	١٥٠	٥٠		
٢٣٥٥٠٠٣	رجب حسين عبدالمقصود	ذكر	١	٧	٨٠	٢١	١٠	٢٠٠٦	١٥٠	٥٠		
٤١٣٦٠٠٣	على فتحي عثمان	ذكر	٥	٨	٨١	٢١	١٠	٢٠٦	١٥٠	٥٠		
٦٧٩٦٠٠٣	خير الله فتحي سيد	ذكر	٢٦	١١	٧٤	٢١	١٠	٢٠٠٦	١٥٠	٥٠		
٢٧٥٧٠٠٣	سمارة ربيع ابراهيم	انثى	٩	٢	٩٠	٢١	١٠	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠		
٣٧٦٤١٠٣	فتحي سعيد روبي	ذكر	٢٦	١	٨٠	٢١	١٠	٢٠٦	١٥٠	٥٠		
٣٦٣٥١٠٣	شيماء محمود حسين	انثى	١	٨	٨٧	٢٨	١٠	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠		
٢٧٢٥٢٦٣	سعيد السيد عبداللطيف	ذكر	٢٠	٦	٨٦	٢١	١٠	٢٠٦	١٥٠	٥٠		
٧٩٧٤٤٦٤	محمد عبد العزيز علي	ذكر	١٠	٩	١٩٤٨	١٥	٧	٢٠٠٦	٧٠٠	٥٠٠		
٧٠٥٥٣٢٥	مرفت محمد رجب	انثى	٢٥	٦	١٩٧٤	١	١	٢٠٠٦	٢٥٠	٥٠		
٩٥٢٣٤٩٥	عزت صابر حميدة	ذكر	٢١	١١	٨٣	١	٤	٢٠٠٦	١٧٥	٥٠		
٩١٤٦٣١٦	سهام عوض محمد عبد الغني	انثى	١١	١٢	١٩٨٢	١	١	٢٠٠٧	١٥٠	٥٠		
٧٩٥٤٦٤٦	جمال سليمان الجندي	ذكر	٢٣	١	٧٨	١٥	٣	٢٠٠٦	١٧٥	٥٠		
١٩٧٣٣٧٦	فتحي فتوح عبداللطيف	ذكر	١٥	٥	٧٩	٢١	١٠	٢٠٦	١٥٠	٥٠		

أقر أنا / ____________ بصفتي : ____________ بأن اجمالي اعداد المؤمن عليهم : ____________ عاملا

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالي الأساسيه : ________ ________ والمتغير ________ ________ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ____________ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

تحريرا فى / / أخصائى بدء الاشتراك : ____________ المراجع : ____________

٥	٨	٤		٤	١	٠		٢	

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص

منطقـة : الجيزه

مكتب : ٦ اكتوبر

طلب اشتراك منشأه

او أخطار تعديل بيانات المزمن عليهم وأجورهم

فى ١ / ١ / ٢٠٠٧

اسم المنشأه : شركه جيم   المالك : المدير المسئول : ________ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : ٢١٥   اسم الشارع : شارع رقم ٨   الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه   القسم / المركز : ٦ اكتوبر   المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ______ تاريخ بدء النسبه / / ______ نسبه تأمين الاصابه : ______ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / ______ سبب التوقف / ______ بدء النشاط : ______ الموقف من الماده ٤٢ من قانون ١٣٨ / ٨٠ ______

٦-٨
٢٠٠٧/٢/١٥

الرقم التأمينى	اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد يوم	تاريخ الميلاد شهر	تاريخ الميلاد سنه	تاريخ الالتحاق يوم	تاريخ الالتحاق شهر	تاريخ الالتحاق سنه	الاجر الشهرى اساسى	الاجر الشهرى متغير	كود مده الاشتراك
٧٤٥٥١٨٦	هدى عبدالفتاح سيد	انثى	١٢	١	٨٦	٢٠	١١	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٧٣٧٣٥٩٦	عصام عبدالبديع محمد حسن	ذكر	١٢	٤	١٩٧٣	١	٥	٢٠٠٥	٢٢٠	—	
٣٩٢١٥٣٧	احمد رمضان عبد العليم	ذكر	١٨	٩	٨٤	١	١١	٢٠٠٦	٢٠٠	٥٠	
٨٦٥٥١٥٧	محمد محمد السيد مصطفى	ذكر	٣٠	٣	٧٥	٢١	١٠	٢٠٦	١٥٠	٥٠	
٣١٢٥٥٦٧	هاني فرج مبروك	ذكر	٤	٤	٨٠	٢٠	١١	٢٠٠٦	١٥٠	٥٠	
٧٧٦٠٩٦٧	عبدالناصر رزق سيد	ذكر	٣	٨	٧٥	١	١١	٢٠٠٦	٢٠٠	٥٠	
٨٩٨٤٧٢٨	احمد مصطفى ابو عيشه	ذكر	٤	١	٧٧	٦	٥	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
١٦٣٤٨٤٨	اشرف صالح محمد شاهين	ذكر	٢٨	١٠	٧٢	١٥	٢	٢٠٠٦	٢٥٠		
٩٣٣٣٧٧٠١	اشرف عبدة ايوب	ذكر	١٣	٢	٧١	١	٣	٢٠٠٦	٢٥٠	١٠٠	
١٨٥٩٠٦١١	اسامة احمد محمد احمد	ذكر	٨	١	١٩٦٦	١	٨	٢٠٠٥	٤٤٠	١٠٠	
٣٢٨٠٣١٢١	احمد علي عبد الجيد	ذكر	٧	١	٨٣	١	١	٢٠٠٧	٣٥٠	١٥٠	
٥٧٥٦٢٣٢١	نسمة بطران محمود	انثى	٢٩	٥	٨٦	٢١	١٠	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٠٢٤١٤٥٢١	سحر كمال حسن	انثى	١٥	٩	٧٨	١	١	٢٠٠٧	١٥٠	٥٠	
٣٢٢٥٦٥٢١	هاني سميح حداد	ذكر	٤	٦	٨٤	٢	٧	٢٠٠٦	٣٠٠	١٥٠	

أقر أنا / ______ بصفتى : ______ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ______ عاملا

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ______ والمتغير ______ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ______ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

تحريرا فى / / أخصائى بدء الاشتراك : ______ المراجع : ______

٥	٨	٤		٠	١	٠		٢	

الهيئه القوميه للتأمين الاجتماعى

صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص

منطقـة : الجيزه

مكتب : ٦ اكتوبر

طلب اشتراك منشأه
او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم
فى ١ / ١ / ٢٠٠٧

اسم المنشأه : شركه جيم   المالك : المدير المسئول : ________ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : ٢١٥ اسم الشارع : شارع رقم ٨ الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه القسم / المركز : ٦ اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ______ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ______ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ______ بدء النشاط : ______ الموقف من الماده ٤٢ من قانون ١٣٨ / ٨٠ ______

الرقم التامينى	اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد: يوم	شهر	سنه	تاريخ الالتحاق: يوم	شهر	سنه	الاجر الشهرى: اساسى	متغير	كود مده الاشتراك
٩٢٩٢٧٥٢١	علي احمد عويس	ذكر	١٦	٤	٧٥	١٨	٤	٢٠٠٦	١٧٥	٥٠	
٨٠٣٣٣٩٢١	عيد علي شعبان	ذكر	١١	٥	١٩٦٢	٢٥	٣	٢٠٠٦	٥٠٠	٢٠٠	
١٨٨٦٠١٣١	فتحي سميح حداد	ذكر	١٧	١	٨٨	١	٦	٢٠٦	١٢٥	٥٠	
٤٨٠٢٦٦٣١	كريم حسن عبدالحليم	ذكر	١٧	٩	٨٧	٦	٥	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٧٩٣٦٧٦٣١	رضا محمود عبد الحفيظ	انثى	١٥	٩	٨٧	١	١	٢٠٠٧	١٥٠	٥٠	
٧٩٢٢٣٨٣١	ايمان جمعه كيلانى	انثى	١	٤	٨٦	٢٠	١١	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٠٠٣٧٢٩٣١	نسمه عبد التواب	انثى	٢٢	٣	٨٦	٢٠	١١	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٠٠٤٢٩٠٤١	شهيرة عادل عثمان	انثى	١٤	٤	٨٦	٢٠	١١	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٠٠٥٢٤٦٤١	رضا معوض عبد النعيم محمد	انثى	١٧	٦	٨٨	١	١	٢٠٠٧	١٥٠	٥٠	
٨٣٨٩٥٢٥١	سامح السيد عبداللطيف	ذكر	١٥	٧	٨٤	١	٤	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٤٤٢٤٢٥٥١	منار حسن فؤاد غريب	انثى	٢٢	٦	١٩٧٩	١	١	٢٠٠٦	١٦٥	٥٠	
٢٧٧٢٨٦٥١	رقية حسن حسين	انثى	١٧	٩	١٩٧٦	١٥	٣	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
١٦٦٤٤٩٥١	اسماء سمير عبدالحميد	انثى	٣١	٣	٨٧	٢٨	١٠	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٩٣٨٤٤١٦١	منار حنفى محمود	انثى	٢٧	٣	٨٧	٢٨	١٠	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	

أقر أنا / ______ بصفتى : ______ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ______ عاملا

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ______ والمتغير ______ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ______ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

تحريرا فى / / أخصائى بدء الاشتراك : ______ المراجع : ______

٥	٨	٤	/		١	٠	/	٢	

الهيئه القوميه للتأمين الاجتماعى

صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص

منطقـــة : الجيزه

مكتب : ٦ اكتوبر

طلب اشتراك منشأه

او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم

فى ١ / ١ / ٢٠٠٧

اسم المنشأه : شركه جيم ــــ المالك : المدير المسئول : ــــــــــ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : ٢١٥ اسم الشارع : شارع رقم ٨ الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه القسم / المركز : ٦ اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ــــــ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ــــــ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ــــــ بدء النشاط : ــــــ الموقف من الماده ٤٢ من قانون ١٣٨ / ٨٠ ــــــ

الرقم التامينى	اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد يوم	تاريخ الميلاد شهر	تاريخ الميلاد سنه	تاريخ الالتحاق يوم	تاريخ الالتحاق شهر	تاريخ الالتحاق سنه	الاجر الشهرى اساسى	الاجر الشهرى متغير	كود مده الاشتراك
٦٢٢٥٠٣٧١	وحيد طنطاوى بدوى	ذكر	٢٥	١	١٩٨٧	١٠	٥	٢٠٠٥	٢٧٥	٥٠	
٥٨١٩٣٦٧١	ناجح عوض احمد	ذكر	١٣	١١	٨٠	١	٤	٢٠٠٦	١٧٥	٥٠	
١٥٣٦٥٤٨١	رشا عبدالهادى فوزى	انثى	٢٥	٢	٨٨	٢٠	١١	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٧٠٣٨٤٠٩١	ايمن جمال خليل	ذكر	١٩	١١	٧٥	١	١	٢٠٠٧	٢٥٠	~~١٥٠~~	
١٤٣١٩٢٩١	وائل حربى خلف	ذكر	١٩	٩	٨٧	٨	٥	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٣٥١٩١٤٩١	زينات جمعة مصطفى	انثى	٦	٤	٨٦	٢٨	١٠	٢٠٦	١٢٥	٥٠	
٥٢١٩٧٤٩١	شعراوى رمضان عبدالسلام	ذكر	٢	٥	١٩٧٧	١	٧	٢٠٠٥	٢٠٠	١٥٠	
٨٩٢٩٧٤٩١	محمد على عبدالعزيز دياب	ذكر	٢	٤	٧٧	١	١١	٢٠٠٦	٢٠٠	٥٠	
٩٣٥١٧٧٩١	احمد جويده سالم ابراهيم	ذكر	٩	١	٨٨	٢٠	١١	٢٠٠٦	١٥٠	٥٠	
٥٥٨٠١١٠٢	ابراهيم ابو طالب طلبة	ذكر	٧	١٠	٦٦	٢٨	٣	٢٠٠٦	٥٥٠	١٥٠	
٨٦٨٤٢٢٠٢	ضاحى احمد فتح الباب احمد	ذكر	٢٨	١	١٩٧٢	١	١	٢٠٠٧	٣٠٠	٥٠	
[illegible]٠١٧١٤٠٢	عادل حسن حسين مصطفى	ذكر	١٣	١١	٧٤	٢٨	١٠	٢٠٦	١٥٠	[illegible]	
٣٣٠٦٥٩٠٢	عادل محمود محمد عمران	ذكر	١٤	٢	١٩٦٧	٢٨	١٢	٢٠٠٥	٤٤٠		
٥١٨٥٧٠١٢	عبدالله السيد عبدالله	ذكر	٣	١٠	١٩٨١	١	٦	٢٠٠٥	١٦٥	١٥٠	

أقر أنا / ــــــــــ بصفتى : ــــــــــ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ــــــــ عاملا

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ــــــــ والمتغير ــــــــ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستمارة وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ــــــــــ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

تحريرا فى / / أخصائى بدء الاشتراك : ــــــــ المراجع : ــــــــ

٥	٨	٤	/	١	٠	/	٢	

الهيئه القوميه للتأمين الاجتماعى

صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص

منطقــة : الجيزه

مكتب : ٦ اكتوبر

طلب اشتراك منشأه

او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم

فى ١ / ١ / ٢٠٠٧

اسم المنشأه : شركه جيم المالك : المدير المسئول : ________ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : ٢١٥ اسم الشارع : شارع رقم ٨ الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه القسم / المركز : ٦ اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ________ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ________ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ________ بدء النشاط : ________ الموقف من الماده ٤٢ من قانون ١٣٨ / ٨٠ ________

٦٠١٨
٢٠١٥/٦/٢

الرقم التأمينى								اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد			تاريخ الالتحاق			الاجر الشهرى		كود مده الاشتراك
										يوم	شهر	سنه	يوم	شهر	سنه	اساسى	متغير	
٤	٠	٣	٦	٧	١	٨	٢	اسماء هلال عبد السلام	انثى	١	٦	٨٩	٢٠	١١	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٦	٣	٤	٠	٣	٦	٨	٢	بسمه عبدالونيس عبدالهادى	انثى	١٠	٧	٨٨	٢٠	١١	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٤	٩	٤	٧	٣	٨	٨	٢	محمد عبدالحميد مسعود	ذكر	٤	١١	١٩٨٢	١	١	٢٠٠٦	٢٢٠	٥٠	
١	٥	٨	٨	٤	٨	٨	٢	وحيد مجدى سيد احمد	ذكر	٢	١١	٨٣	١	١	٢٠٠٧	١٥٠	٥٠	
٧	١	٠	٦	٧	٣	٩	٢	عمر طنطاوى بدوى	ذكر	١	٦	١٩٧٩	١٠	٥	٢٠٠٥	١٥٠	٥٠	
٣	٢	٦	٦	٨	٣	١	٣	عصام حنفى عبدالخالق	ذكر	١٨	١٢	٨٢	٨	٥	٢٠٦	٣٥٠	١٥٠	
٧	٠	٠	٤	٥	٥	١	٣	وداد عبد البر حسين	انثى	١١	٢	١٩٨١	١٥	٣	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٥	٢	٧	٠	٦	٨	١	٣	خيرى محمد احمد موسى	ذكر	١٦	٣	٨٣	١	٤	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٤	٧	٣	١	٧	٨	١	٣	شعبان صالح حافظ	ذكر	١	١٠	٦٩	٢١	١٠	٢٠٦	١٥٠	٥٠	
٦	٠	١	٧	٠	٠	٢	٣	هناء حمدى طه نعمه الله	انثى	١١	١٠	١٩٧٩	١	١	٢٠٠٦	١٦٥	٥٠	
٨	٤	٦	٦	٠	١	٢	٣	حسام عبدالمنعم متولى	ذكر	١	٨	٨٣	١	٣	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٤	٤	٨	٣	٠	٩	٢	٣	فايز كمال اندراوس مرجان	ذكر	٣	٢	٦٦	١	١	٢٠٠٧	٣٥٠	١٥٠	
٧	٢	٥	٣	٦	١	٣	٣	محمد رجب عبدالحميد /	ذكر	١٦	١٢	٨٣	١	٦	٢٠٦	١٢٥	٥٠	
٩	٧	٦	٦	٩	٨	٣	٣	محمد مصطفى عثمان	ذكر	١١	٥	٧١	١	١١	٢٠٠٦	٣٥٠	١٥٠	

أقر أنا / ________ بصفتى : ________ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ________ عاملا

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ________ والمتغير ________ ________ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ________ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

تحريرا فى / / أخصائى بدء الاشتراك : ________ المراجع : ________

٥	٨	٤		١	٠		٢	

الهيئه القوميه للتأمين الاجتماعي

صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص

منطقـــة : الجيزه

مكتـب : ٦ اكتوبر

طلب اشتراك منشأه

او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم

فى ١ / ١ / ٢٠٠٧

اسم المنشأه : شركه جيم   المالك : المدير المسئول : ______ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : ٢١٥   اسم الشارع : شارع رقم ٨   الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه   القسم / المركز : ٦ اكتوبر   المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ______ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ______ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ______ بدء النشاط : ______ الموقف من الماده ٤٢ من قانون ١٣٨ / ٨٠ ______

الرقم التاميني								اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد			تاريخ الالتحاق			الاجر الشهري		كود مده الاشتراك
										يوم	شهر	سنه	يوم	شهر	سنه	اساسي	متغير	
٧	٨	٣	٠	٩	٠	٤	٣	محمد السيد محمد	ذكر	٢٠	٢	٨٢	٢٠	١١	٢٠٠٦	١٥٠	٥٠	
٠	٣	١	٧	٥	١	٤	٣	فتحيه عبد التواب محمد	انثى	١٦	٢	١٩٨٤	١	١	٢٠٠٧	١٥٠	٥٠	
١	٧	٠	٤	١	٦	٥	٣	نسمة محمود محمد خليفة	انثى	١	٧	٨٥	٢١	١٠	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٩	٧	١	٢	٩	٨	٦	٣	طاهر محمد محمد هلال	ذكر	٢١	١٢	٨٠	١	١	٢٠٠٧	٢٠٠	٥٠	
١	٢	٧	٢	٢	٠	٨	٣	وائل فاروق محمد	ذكر	٢٣	٧	١٩٧١	١	٦	٢٠٠٥	١٦٥	١٥٠	
١	٠	٥	٧	٤	٣	٨	٣	سعيد فتحي عبدالرحمن	ذكر	٢	١٠	١٩٨٤	٢١	٧	٢٠٠٥	١٥٠	٥٠	
٩	٩	١	٨	٧	٥	٩	٣	محمد احمد عبدالعظيم	ذكر	١	١	٨٣	٢١	١٠	٢٠٦	٢٥٠	١٠٠	
٥	٠	٧	٧	٣	٦	٩	٣	احمد جابر عثمان سليمان	ذكر	١٠	٩	٨٣	١	١	٢٠٠٧	٢٠٠	٥٠	
٧	٨	٠	٦	٧	٥	٠	٤	عامر ابو بكر احمد	ذكر	٢٢	٥	٧٥	٨	٥	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٧	٥	٢	٥	٥	٧	٠	٤	محمد ربيع رجب	ذكر	١٢	١١	٨٠	١	١١	٢٠٠٦	٢٠٠	٥٠	
٤	٥	٩	٧	٩	١	١	٤	ليلى سمير محمد	انثى	٩	٦	٧٩	٢٠	١١	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٤	٥	٦	٢	٠	٣	٢	٤	نادية محمد احمد	انثى	٢٩	٧	١٩٧٦	١	٧	٢٠٠٥	١٢٥	٧٥	
٨	٥	٤	١	٦	٨	٢	٤	مروه اشرف كمال	انثى	٢٠	١٠	١٩٩١	٢٠	١١	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٤	٨	١	٠	٥	٣	٣	٤	هدى حسن احمد	انثى	١٢	٢	٩٠	١	١	٢٠٠٧	١٥٠	٥٠	

أقر أنا / ______ بصفتي : ______ بأن اجمالي اعداد المؤمن عليهم : ______ عاملا

قرش   جنية   قرش   جنيه

وأن أجور الشهر الحالي الأساسيه : ______ ______ والمتغير ______ ______ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ______ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

تحريرا في / /   أخصائي بدء الاشتراك : ______ المراجع : ______

٥	٨	٤	/	٥	١	٠	/	٢	

الهيئه القوميه للتأمين الاجتماعى

صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص

منطقــة : الجيزه

مكـتـب : ٦ اكتوبر

طلب اشتراك منشأه

او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم

فى ١ / ١ / ٢٠٠٧

اسم المنشأه : شركه جيم المالك : المدير المسئول : ________ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : ٢١٥ اسم الشارع : شارع رقم ٨ الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه القسم / المركز : ٦ اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ________ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ________ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ________ بدء النشاط : ________ الموقف من الماده ٤٢ من قانون ١٣٨ / ٨٠ ________

الرقم التاميني								اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد			تاريخ الالتحاق			الاجر الشهرى		كود مده الاشتراك	
										يوم	شهر	سنه	يوم	شهر	سنه	اساسي	متغير		
٣	٠	١	٢	٩	٩	٣	٤	مروه احمد عبدالله	انثى	١٦	٨	٨٩	١٨	٤	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠		
٦	٨	٩	٤	٥	٩	٤	٤	وجيهه حلمى كامل	انثى	٧	٩	٨٩	١٨	٤	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠		
٢	٧	٨	٤	١	٥	٧	٤	خالد السيد محمد	ذكر	٦	٧	١٩٦٨	١	٦	٢٠٠٥	٢٧٥	٥٠		
٢	١	٥	٤	٥	٦	٧	٤	محمد ابو بكر محمد موسى	ذكر	٨	١١	٦٦	١	٧	٢٠٦	١٢٥	٥٠		
٩	٧	٩	١	١	١	٨	٤	محمد عبدالله جودة	ذكر	٢	١٢	٦٢	١٥	٢	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠		
٠	٠	٦	٠	٣	٦	٨	٤	محمد داود احمد	ذكر	٤	١١	٦٨	١	١١	٢٠٠٦	٢٠٠	٥٠		
٢	٧	٠	٩	٥	٩	٨	٤	اشرف فتحي انور محمد	ذكر	١٣	٥	٩٠	١	٩	٢٠٦	١٧٥	٧٥		
٥	٨	٨	٦	٣	١	٩	٤	ابراهيم محمد احمد	ذكر	٤	٨	١٩٨٠	١	١	٢٠٠٦	٣٣٠	١٠٠		
٨	٨	٨	٧	١	٠	١	٥	عمرو محمد على	ذكر	٢	١	٨١	١٥	٢	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠		
٣	٩	٢	١	٥	٠	١	٥	سالم فرحات ابراهيم	ذكر	٢٩	٢	١٩٨٠	١	٧	٢٠٠٥	٢٥٠	١٠٠		
١	٨	٨	٣	٠	١	١	٥	صفاء رجب سيد احمد	انثى	١٥	٨	٧٧	١	١	٢٠٠٧	١٥٠	٥٠		
٢	٣	٨	٧	٨	١	١	٥	احمد يحي سليمان	ذكر	٢٩	٨	١٩٧٣	١	١	٢٠٠٦	٢٢٠	٥٠		
٤	٥	٢	٧	٤	٤	١	٥	تامر السيد ابراهيم	ذكر	١	١	٨٣	٨	٥	٢٠٠٦	٣٥٠	١٥٠		
٩	٠	١	٣	٤	٦	١	٥	سعيد حميدة محروس	ذكر	٢٨	١٢	١٩٧٣	١٠	٨	٢٠٠٥	٢٢٠	٥٠		

أقر أنا / ________ بصفتى : ________ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ________ عاملا

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ________ والمتغير ________ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ________ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

تحريرا فى / / أخصائى بدء الاشتراك : ________ المراجع : ________

٥	٨	٤		١	٠		٢	

الهيئه القوميه للتأمين الاجتماعى

صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص

منطقــة : الجيزه

مكتـب : ٦ اكتوبر

طلب اشتراك منشأه
او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم

فى ١ / ١ / ٢٠٠٧

اسم المنشأه : شركه جيم   المالك : المدير المسئول : ____ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : ٢١٥ اسم الشارع : شارع رقم ٨ الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه القسم / المركز : ٦ اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ____ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ____ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ____ بدء النشاط : ____ الموقف من الماده ٤٢ من قانون ١٣٨ / ٨٠ ____

٦٢٨
١٥/٢/٢٠٠٧

الرقم التاميني								اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد			تاريخ الالتحاق			الاجر الشهرى		كود مده الاشتراك
										يوم	شهر	سنه	يوم	شهر	سنه	اساسى	متغير	
٢	٥	٣	٨	٩	٨	١	٥	محمد احمد حسين	ذكر	٢٤	٢	٧٢	١٥	٢	٢٠٠٦	١٧٥	٥٠	
٣	٣	٧	٧	٩	٠	٢	٥	رضا فتحي مرسي	ذكر	١٦	٦	٧٧	١	٣	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٣	٢	٤	٩	٧	٣	٢	٥	هالة فوزيمحمد	انثى	١١	٩	٧٠	١٥	٣	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٣	٣	٥	٢	١	٥	٢	٥	محمد صلاح رمضان	ذكر	٢٧	٦	٨١	١	٧	٢٠٦	١٧٥	٥٠	
٥	٩	٨	٤	٧	٩	٢	٥	صابر محمد ابو العلا	ذكر	٢٥	٥	٧٨	١	٧	٢٠٦	٣٠٠	+٥٠	
٤	٢	٦	٤	٩	٠	٣	٥	محمود مرضي محمود	ذكر	١٩	١٠	٧٦	١٥	٢	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٨	٣	٣	٦	٨	١	٣	٥	فاطمة السيد ابو جبل	انثى	١٤	٩	٦٩	١	٤	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٠	٢	٨	٤	٧	٤	٣	٥	احمد موسى محمد موسى	ذكر	١٥	٢	١٩٧٥	١	٨	٢٠٠٥	١٦٥	٥٠	
٢	٢	٨	٤	٧	٤	٣	٥	احمد السيد حسن	ذكر	٢٥	٧	١٩٧٨	١	٨	٢٠٠٥	١٦٥	٥٠	
٤	٦	٦	٢	٧	٦	٣	٥	هانى عبدالعزيز مراد	ذكر	١	٧	٧٧	١٥	٢	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
[illegible]	٧	٩	٥	٢	٧	٣	٥	الديب ابو دياب محمد	ذكر	٢٩	٥	٧٨	١	٦	٢٠٦	١٢٥	٥٠	
٨	٢	٨	٦	٧	٧	٣	٥	محمد فرحات ابراهيم	ذكر	٣١	٧	٧٤	١٥	٢	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٢	٠	٠	١	٥	٤	٤	٥	سهير عبدالحميد ابراهيم	انثى	١٥	١٠	٧٠	٢٨	١٠	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٨	٣	٣	٨	٤	٥	٤	٥	سماح محمد طة عوض	انثى	١٠	٢	٨٥	١	٤	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	

أقر أنا / ____ بصفتى : ____ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم: ____ عاملا

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ____ والمتغير ____ ____ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ____ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

تحريرا فى / / أخصائى بدء الاشتراك : ____ المراجع : ____

صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص

منطقــة : الجيزه

مكـتب : ٦ اكتوبر

طلب اشتراك منشأه

او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم

فى ١ / ١ / ٢٠٠٧

اسم المنشأه : شركه جيم   المالك : المدير المسئول : ____________ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : ٢١٥ اسم الشارع : شارع رقم ٨ الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه القسم / المركز : ٦ اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ______ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ______ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ______ بدء النشاط : ______ الموقف من الماده ٤٢ من قانون ١٣٨ / ٨٠ ______

الرقم التامينى								اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد			تاريخ الالتحاق			الاجر الشهرى				كود مده الاشتراك	
										يوم	شهر	سنه	يوم	شهر	سنه	اساسى		متغير			
٢	٢	٣	٠	٣	٤	٥	٥	علاء لطفى ايوب	ذكر	١	١٠	٧٨	١	١١	٢٠٠٦		٢٠٠		٥٠		
٤	٥	٨	٠	٠	٩	٥	٥	مصطفى ذكى محمد	ذكر	٢	١٢	٧٦	٦	٥	٢٠٠٦		٣٥٠		١٠٠		
٠	١	٨	٥	٩	٩	٥	٥	حمدى فراج فرج	ذكر	٦	١	١٩٧٣	١٥	٦	٢٠،٠٥		١٢٥		٢٢٥		
٨	٩	٦	١	١	١	٦	٥	حنان محمد عبد المقصود	انثى	١٥	٨	٧٧	١	١	٢٠٠٧		١٥٠		٥٠		
٧	٤	٦	٦	١	٠	٧	٥	سيد محمد سيد محمد	ذكر	٢٧	٨	٧٩	١	٤	٢٠٠٦		١٧٥		٥٠		
٤	٣	٠	٩	٨	٢	٧	٥	محمد كامل محمد عبدربة	ذكر	٢٣	٦	٧٦	١	٧	٢٠٦		١٢٥		٥٠		
٤	٤	١	٤	٩	٢	٧	٥	عبدالونيس مرضى محمود	ذكر	٧	١٢	٧٨	٨	٥	٢٠٠٦		١٢٥		٥٠		
٥	٣	٤	٨	٢	٣	٧	٥	سيد فرحات ابراهيم	ذكر	٢٢	١٢	٨٣	١	٦	٢٠٦		١٢٥		٥٠		
٩	١	٨	٣	٣	٣	٧	٥	عيد عرفة عيد عبدالفتاح	ذكر	١٤	١٠	١٩٨١	١	٦	٢٠٠٥		١٦٥		٥٠		
٣	٠	٢	٥	٠	٤	٧	٥	صابر قرني عبدالحميد	ذكر	٢	١	٨٣	١	٦	٢٠٦		١٢٥		٥٠		
٧	٥	٥	٧	٣	٤	٧	٥	حسن حامد محمد	ذكر	٧	١	١٩٨٠	١٠	٨	٢٠٠٥		١٦٥		٥٠		
٩	٢	٥	٩	٣	٤	٧	٥	محمد ربيع عبدالفتاح	ذكر	٢٦	١١	٧٧	١٥	٢	٢٠٠٦		٢٥٠		[illegible]		
٧	٦	٧	٤	٤	٥	٧	٥	شريف سعيد محمد	ذكر	٢٠	٨	٨٠	١	١	٢٠٠٧		٣٥٠		١٥٠		
١	٩	٨	٢	٩	٦	٧	٥	احمد عبدالمطلب سعيد	ذكر	٢٤	٥	٧١	١	١١	٢٠٠٦		٢٠٠		٥٠		

أقر أنا / ______________ بصفتى : ______________ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ______ عاملا

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ______ والمتغير ______ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ______________ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

تحريرا فى / / أخصائى بدء الاشتراك : ______ المراجع : ______

٥	٨	٤		١	٠		٢	

الهيئه القوميه للتأمين الاجتماعى

صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص

منطقـــة : الجيزه

مكتـب : ٦ اكتوبر

طلب اشتراك منشأه

او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم

فى ١ / ١ / ٢٠٠٧

اسم المنشأه : شركه جيم المالك : المدير المسئول : ________ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : ٢١٥ اسم الشارع : شارع رقم ٨ الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه القسم / المركز : ٦ اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ______ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ______ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ______ بدء النشاط : ______ الموقف من الماده ٤٢ من قانون ١٣٨ / ٨٠ ______

الرقم التامينى	اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد يوم	تاريخ الميلاد شهر	تاريخ الميلاد سنه	تاريخ الالتحاق يوم	تاريخ الالتحاق شهر	تاريخ الالتحاق سنه	الاجر الشهرى اساسى	الاجر الشهرى متغير	كود مده الاشتراك
[illegible]٤٧٨٨٨٧٥	على امام على امام	ذكر	٤	٩	٧٩	١٥	٢	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
١٩٤٨٧٩٧٥	رضى مرسى ابو ناصر	انثى	٢٢	٥	٨٨	٦	٥	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٩٩٦٩١٣٨٥	وائل فؤاد سيد محمدين	ذكر	١	١	٨٤	١	١١	٢٠٠٦	٢٠٠	٥٠	
٢٩١٥٤٦٨٥	حسام الدين حسين رجب	ذكر	١	١	٧٧	٨	٥	٢٠٠٦	١٧٥	٧٥	
٩٣١٦٤٧٨٥	ليلى سيد خلف الله	انثى	٥	٨	٨٣	١	٦	٢٠٦	١٢٥	٥٠	
٥١٢٧٥٧٨٥	منى محمد طة	انثى	١	٤	١٩٧٣	١	٦	٢٠٠٥	١٥٠	٥٠	
٤٢٦١٩٩٨٥	حسين عثمان محمد	ذكر	٣	٣	٨٥	١	١١	٢٠٠٦	٢٠٠	٥٠	
٧٣٣٤٢٠٩٥	نور السيد احمد محارب	ذكر	١٤	١٠	٨٢	١٥	٢	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٨٨٠٥٠١٩٥	محمود زناتى حايق	ذكر	٢٤	١١	٧٩	١	٤	٢٠٠٦	١٧٥	٥٠	
٨٥٥٧٥٣٩٥	محمود احمد عبدالباقى	ذكر	٨	١١	٨٢	١٥	٢	٢٠٠٦	٢٠٠		
٧٥٤٩٨٣٩٥	عاشور احمد على	ذكر	٢٨	٩	٨٥	١٥	٤	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٦٦٩٢٣٤٩٥	على حسين عبدالسلام	ذكر	٢٢	٣	٦٥	١	٤	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٦١٦٧٣٤٩٥	غالية حسن عبدالعليم	انثى	٤	٨	٧٥	١٥	٣	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٧٤٦٧٣٤٩٥	ايهاب رجب عبدالموجود	ذكر	٣١	٨	١٩٨٣	١٥	٣	٢٠٠٦	١٧٥	٥٠	

أقر أنا / ______ بصفتى : ______ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ______ عاملا

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ______ والمتغير ______ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ______ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي
صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص
منطقــة : الجيزه
مكتـب : ٦ اكتوبر

٥ | ٨ | ٤ ‏/ ١ | ٠ ‏/ ٢

طلب اشتراك منشأه
او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم

فى ١ / ١ / ٢٠٠٧

اسم المنشأه : شركه جيم   المالك : المدير المسئول : ______ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : ٢١٥ اسم الشارع : شارع رقم ٨ الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه القسم / المركز : ٦ اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ______ تاريخ بدء النسبه / / ______ نسبه تأمين الاصابه : ______ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ______ بدء النشاط : ______ الموقف من الماده ٤٢ من قانون ١٣٨ / ٨٠ ______

الرقم التامينى	اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد			تاريخ الالتحاق			الاجر الشهرى				كود مده الاشتراك	
			يوم	شهر	سنه	يوم	شهر	سنه	اساسى		متغير			
٢٦٦٧٣٤٩٥	محروس حميد محروس	ذكر	٢١	١١	٧٩	١٥	٣	٢٠٠٦		١٧٥		٥٠		
١٧٦٧٣٤٩٥	احمد صبحي عوض	ذكر	٨	٤	٨٢	١٥	٣	٢٠٠٦		١٢٥		٥٠		
٨١٣٣٦٤٩٥	عبدالحميد سمير عبدالحميد	ذكر	٢٧	٩	٨٤	٦	٥	٢٠٠٦		١٢٥		٥٠		
٨٤٣٥٧٤٩٥	شعبان جميل محمد	ذكر	٢١	٦	٨٢	١٨	٤	٢٠٠٦		١٢٥		٥٠		
٢١١٩٩٤٩٥	احمد حمدى محمد احمد	ذكر	١٦	٨	٨٢	٢٨	١٠	٢٠٦		١٥٠		٥٠		
٠٣٩١٠٥٩٥	سامي فوزى سالم	ذكر	٧	١	٨٠	١٥	٤	٢٠٠٦		١٧٥		٥٠		
٦٣٩١٠٥٩٥	طه شعبان ذكى	ذكر	١٤	١٠	٨٢	١٥	٤	٢٠٠٦		١٢٥		٥٠		
٨٥٩١٠٥٩٥	ثناء السيد حسنين	انثى	٣	١٠	٧٩	١٥	٤	٢٠٠٦		١٢٥		٥٠		
٢٧٩١٠٥٩٥	نادية رجب ابراهيم	انثى	٢	٨	٨٣	١٥	٤	٢٠٠٦		١٢٥		٥٠		
١٨٩١٠٥٩٥	سعيدة محمد عيسي	انثى	١٠	١	٨١	١٥	٤	٢٠٠٦		١٢٥		٥٠		
٤٥٧٣٢٥٩٥	منى قرنى ذكى	انثى	٩	١	٨٣	٢٤	٤	٢٠٠٦		١٢٥		٥٠		
٩٥٧٣٢٥٩٥	سيده سيد حسين	انثى	٢٠	١٠	٧٤	٢٤	٤	٢٠٠٦		١٢٥		٥٠		
٠٧٨٦٥٥٩٥	نبية السيد محمد	انثى	٢	٦	٦٦	٦	٥	٢٠٠٦		١٢٥		٥٠		
٦٧٨٦٥٥٩٥	هناء حمدى احمد	انثى	١١	١٠	٧٩	٦	٥	٢٠٠٦		١٢٥		٥٠		

أقر أنا / ______ بصفتى : ______ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ______ عاملا

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ______ والمتغير ______ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الأستماره وملحقاتها صحيحه

صاحب العمل او المدير المسئول : ______ روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحه .

تحريرا فى / / أخصائى بدء الاشتراك المراجع

٥	٨	٤	٥	١	٠	٢	

الهيئة القوميه للتأمين الاجتماعى

صندوق العاملين بقطاع الاعمال العام والخاص

منطقــة : الجيزه

مكتب : ٦ اكتوبر

طلب اشتراك منشأه

او أخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم

فى ١ / ١ / ٢٠٠٧

اسم المنشأه : شركه جيم المالك : المدير المسئول : ________ الشكل القانونى للمنشأة : ذات مسئوليه محدوده

عنوان المنشأة : رقم العقار : ٢١٥ اسم الشارع : شارع رقم ٨ الشياخه / القريه : المنطقه الصناعيه الثالثه القسم / المركز : ٦ اكتوبر المحافظه : الجيزه

نسبه تأمين المرض: ______ تاريخ بدء النسبه / / نسبه تأمين الاصابه : ________ تاريخ بدء النسبه / /

تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ______ بدء النشاط : ______ الموقف من الماده ٤٢ من قانون ١٣٨ / ٨٠ ______

الرقم التامينى	اسم المؤمن عليه	النوع	تاريخ الميلاد			تاريخ الالتحاق			الاجر الشهرى		كود مده الاشتراك
			يوم	شهر	سنه	يوم	شهر	سنه	اساسى	متغير	
٥٩٥٥٦٨٨٤	امرو كامل عبد الغنى	ذكر	٢٥	١	٦٤	٨	٥	٢٠٠٦	١٧٥	٧٥	
٥٩٥٦٠١٧٠	محمد نبيل عبدالرحمن	ذكر	٧	٨	٧٩	١٧	٤	٢٠٠٦	٣٥٠	١٥٠	
٥٩٥٦٢١٥٣	امل عماد عبدالهادى	انثى	٢٠	٩	٨٨	١	٦	٢٠٦	١٢٥	٥٠	
٥٩٦٠٧٩٧٩	محمد ابراهيم احمد ابراهيم	ذكر	١	٦	٧٦	١	٦	٢٠٦	١٢٥	٥٠	
٥٩٧٨٨١٣٦	علاء محمد سيد	ذكر	١٣	٤	٨٣	٢١	١٠	٢٠٦	١٥٠	٥٠	
٥٩٨٦٦٢٩٧	ريحان سرحان مصطفى	انثى	٢٠	٦	٨٤	١	١	٢٠٠٧	١٥٠	٥٠	
٥٩٨٨٦٩٢٢	سيد فرج سعد	ذكر	٢٦	١٢	٨٣	٢٨	١٠	٢٠٠٦	١٥٠	٥٠	
٥٩٩١٥٥٩٨	ايه رجب على	انثى	٢٨	١٠	٩١	٢٠	١١	٢٠٠٦	١٢٥	٥٠	
٥٩٩١٦٢٨٤	احمد عبدالحميد مسعود	ذكر	١٥	١٢	٨٥	١	١١	٢٠٠٦	٢٠٠	٥٠	
٥٩٩١٦٢٩٠	محمد رجب احمد عبدالحليم	ذكر	١٤	٨	٨٨	١	١١	٢٠٠٦	٢٠٠	٥٠	
٥٩٩١٦٢٩٧	محمود عثمان محمد رشوان	ذكر	٢٠	١	٨١	١	١١	٢٠٠٦	٢٠٠	٥٠	
٥٩٩٤٥٨٥٦	حمادة السيد حسن	ذكر	٨	١١	٨١	١	١١	٢٠٠٦	٢٠٠	٥٠	
٥٩٩٤٥٨٦٣	اسعد سعيد عبدالرحمن	ذكر	٢١	٢	٨١	١	١١	٢٠٠٦	٢٠٠	٥٠	
٥٩٩٤٥٨٦٨	سالم عطية سالم	ذكر	٧	١٢	١٩٨٢	١	١١	٢٠٠٦	٢٠٠	٥٠	

أقر أنا / ________ بصفتى : ________ بأن اجمالى اعداد المؤمن عليهم : ________ عاملا

قرش جنية قرش جنيه

وأن أجور الشهر الحالى الأساسيه : ________ والمتغير ________ ________ وأن جميع البيانات الواردة بهذة الاستماره وملحقاتها صحيحه